FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1926

THÈSE

N°.....

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

PAUL MICHAUD

Assistant d'Ophtalmologie de l'Hôpital St-Joseph
Assistant pr. de la Clinique Nationale des Quinze-Vingts
Né à Clermont-Ferrand, le 29 Juin 1899

NOUVEAU PROCÉDÉ OPÉRATOIRE

DE

L'Entropion Non-Cicatriciel

Précédé de remarques anatomiques et de dissections du Septum orbitale ; d'un exposé sur l'Etiologie, la Physiologie et le Traitement de l'Entropion non-cicatriciel.

Travail du Service d'Ophtalmologie
des Hôpitaux des Enfants malades et Necker

Président : M. TERRIEN, *Professeur*

PARIS

AMÉDÉE LEGRAND, ÉDITEUR

93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 93

1926

LE DOYEN. . . . . M. ROGER.

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	NICOLAS.
Anatomie médico-chirurgicale	CUNÉO.
Physiologie	ROGER.
Physique médicale	STROHL.
Chimie organique et chimie générale	DESGREZ.
Bactériologie	N...
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	Marcel LABBÉ.
Pathologie médicale	SICARD.
Pathologie chirurgicale	LECENE.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	PRENANT.
Pharmacologie et matière médicale	N...
Thérapeutique	CARNOT.
Hygiène	Léon BERNARD.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MÉNÉTRIER.
Pathologie expérimentale et comparée	N...
Clinique médicale	GILBERT. BEZANÇON. ACHARD. WIDAL.
Hygiène et clinique de la première enfance	MARFAN.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JEANSELME
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN
Clinique des maladies infectieuses	TEISSIER
Clinique chirurgicale	DELBET HARTMANN LEJARS GOSSET
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	LEGUEU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE. BRINDEAU. JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale	DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT
Professeur sans chaire	ROUVIÈRE.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.	
ABRAMI	Pathologie médicale
ALGLAVE	Pathologie chirurgicale
AUBERTIN	Pathologie médicale
BASSET	Pathologie chirurgicale
BAUDOUIN	Pathologie médicale.
BINET	Phys ologie.
BLANCHETIÈRE	Chimie biologique.
BRANCA	Histologie.
BRULÉ	Pathologie médicale.
BUSQUET	Pharmacologie et matière médicale.
CADENAT	Pathologie chirurgicale
CHAMPY	Histologie.
CHIRAY	Pathologie médicale
CLERC	Pathologie médicale.
DEBRÉ	Hygiène
de JONG	Anatomie pathologique.
DUVOIR	Médecine légale.
CALLE	Obstétrique.
IESSINGER	Pathologie médicale
OIX	Pathologie médicale.
ARNIER	Pathologie expérimentale
ARVIER	Pathologie médicale.
EITZ-BOYER	Urologie.

MM.	
HOVELACQUE	Anatomie.
JOYEUX	Parasitologie.
LABBÉ (Henri)	Chimie biologique.
LARDENNOIS	Pathologie chirurgicale.
LE LORIER	Obstétrique.
LEMAITRE	Oto-rhino-laryngologie.
LEMIERRE	Pathologie médicale.
LÉVY SOLAL	Obstétrique.
LHERMITTE	Pathologie mentale.
LIAN	Pathologie médicale.
MATHIEU	Pathologie chirurgicale.
METZGER	Obstétrique.
MOCQUOT	Pathologie chirurgicale.
MONDOR	Pathologie chirurgicale
MOURE	Pathologie chirurgicale.
MULON	Histologie
PHILIBERT	Bactériologie.
RIBIERRE	Pathologie médicale.
RICHET Fils	Physiologie.
TANON	Pathologie médicale.
VAUDESCAL	Obstétrique
VERNE	Histologie.
VILLARET	Pathologie médicale.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.	
OUGEROT	Pathologie médicale.
UÉNIOT	Obstétrique.
RETTERER	Histologie.

IV. — AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE

à titre permanent

MM.		MM	
AUVRAY. . . .	Clinique chirurgicale.	LÉRI.	Clinique médicale.
CHEVASSU. . . .	Clinique chirurgicale.	LŒPER.	Clinique médicale.
LAIGNEL-LAVASTINE. .	Clinique médicale.	PROUST	Clinique chirurgicale
LEREBOULLET. .	Clinique médicale infantile.	RATHERY	Clinique médicale.
		SCHWARTZ. . . .	Clinique chirurgicale

V. — CHARGES DE COURS

MM. MAUCLAIRE, agrégé. . . .	Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY	Stomatologie.
CHAILLEY-BERT	Éducation physique.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.

Par délibération en date du 9 Décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

Je dédie cette thèse .

A MON PÈRE (*in memoriam*)

LE DOCTEUR HENRI MICHAUD

ANCIEN OPHTALMOLOGISTE DE L'HOTEL-DIEU DE CHAMBÉRY

Mon premier maître. Dont la vie active et la mort admirable seront pour moi, au cours de ma carrière médicale, le plus noble des exemples.

A MON MAITRE

LE PROFESSEUR TERRIEN

PROFESSEUR D'OPHTALMOLOGIE
A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS
OPHTALMOLOGISTE DE L'HOTEL-DIEU

Qui m'a fait le grand honneur de présider ma thèse ; témoignage de ma profonde reconnaissance.

A MON MAITRE

LE DOCTEUR POULARD

OPHTALMOLOGISTE DE L'HOPITAL DES ENFANTS-MALADES
ET DE L'HOPITAL NECKER

Qui dirigea mes premières études en ophtalmologie et voulut bien être à la fois l'inspirateur et le conseiller de cette étude.

A MON MAITRE

LE DOCTEUR V. MORAX

OPHTALMOLOGISTE DE L'HOPITAL LARIBOISIÈRE

Qui m'a donné l'exemple d'une méthode précise et m'a fait bénéficier de toute la clarté de son enseignement.

A MON MAITRE ET AMI

LE DOCTEUR MERIGOT DE TREIGNY

OPHTALMOLOGISTE DE L'HOPITAL ST-JOSEPH

Qui m'a si aimablement accueilli comme assistant dans son service et m'a fait profiter de son expérience dans nos premières interventions chirurgicales.

A MON AMI

LE DOCTEUR EDWARD HARTMANN

ASSISTANT D'OPHTALMOLOGIE A L'HOPITAL LARIBOISIÈRE

ANCIEN INTERNE DES HOPITAUX DE PARIS

En souvenir de deux années communes d'ophtalmologie à l'Hôpital des Enfants Malades et Lariboisière.

A MES MAITRES DES HOPITAUX DE PARIS

Stage	1918-19	Professeur CHAUFFARD	Dr Hubert. Dr Brodin. Dr Flandin.
	1919-20	Docteur LAPOINTE.	
Externe	1921-22	Docteur PROUST. Docteur POULARD.	
	1922-23	Docteur RAMOND.	
	1923-24	Docteur MILIAN. Docteur POULARD.	
	1924-25	Docteur MORAX.	
	Mars 1925-Juin 1925	Professeur TERRIEN	Dr Velter.
Assistant	1925-26	Docteur MERIGOT de TREIGNY, Hôpital St-Joseph.	

Au Docteur H. MONDOR Professeur agrégé, Chirurgien des Hôpitaux.

Aux Docteurs CERISE et BOLLACK, Ophtalmologistes des Hôpitaux.

Aux Docteurs HOUDART et de GAUDART d'ALLAINES, Chirurgiens des Hôpitaux.

Aux Docteurs MARQUEZY, BAILLIART et F. FRANÇON.

Avant-Propos

A la séance plénière annuelle du 15 novembre 1925 de la Société d'ophtalmologie de Paris, M. le professeur Terrien, MM. Bollack et Aubineau ont montré la fréquence et la place importante occupée en pathologie oculaire par l'entropion spasmodique. Ils ont également insisté sur la tenacité désespérante avec laquelle il résiste à la plupart des traitements.

Notre but, dans cette étude, sera d'exposer un nouveau procédé opératoire, dû à notre maître, M. le docteur Poulard, qui doit son originalité à ce que l'opérateur ne fait appel, pour la correction de l'entropion, ni aux téguments, ni au plan musculaire, mais au septum orbitale, membrane fibreuse profonde et résistante. Il s'agit, en somme, d'amarrer le bord libre palpébral au plan fixe constitué par le septum orbitale en réalisant entre eux des adhérences profondes.

Avant l'exposé du procédé opératoire, nous rappellerons brièvement l'anatomie de la région, c'est-à-dire de la paupière inférieure, la pathogénie de

l'entropion non cicatriciel et les différentes méthodes jusqu'ici proposées pour le redressement de la paupière entropionnée.

Anatomie de la Paupière inférieure

La paupière inférieure présente dans sa structure six couches essentielles qui sont, en allant d'avant en arrière : 1° la peau ; 2° une couche mince de tissu cellulaire lâche ; 3° le muscle orbiculaire ; 4° un plan fibro-conjonctif comprenant le tarse et le septum orbitale ; 5° une couche de fibres musculaires lisses, mais seulement dans la portion orbitaire des paupières ; 6° une couche muqueuse : la conjonctive.

L'orbiculaire est un muscle mince, aplati, à fibres striées qui entoure l'orifice palpébral à la manière d'un anneau elliptique. Il occupe toute la hauteur des paupières et recouvre même le pourtour de l'orbite.

Il est formé de faisceaux isolés, disposés sur un, deux ou même trois plans, principalement au delà du tarse. Dans sa partie palpébrale, il est divisé en portion prétarsale et en portion préseptale.

C'est à l'union de ces deux portions, situées, l'une au-devant du tarse et l'autre au-devant du septum orbitale, que le muscle atteint sa plus grande minceur ; à ce niveau, existe un sillon palpébral. Le muscle ciliaire de Riolan n'est autre que le faisceau le plus interne et le plus volumineux de la portion prétarsale de l'orbiculaire, sous-jacente au bord libre.

Les fibres de l'orbiculaire naissent de l'angle interne de l'œil par un tendon qui se bifurque pour s'insérer à la fois sur la lèvre antérieure (tendon direct) et sur la lèvre postérieure (tendon réfléchi) de la gouttière lacrymo-nasale. Soit sur le vivant, soit sur le cadavre, nous avons toujours remarqué l'extrême minceur de ce muscle, dont l'isolement et la dissection présentent de réelles difficultés.

Il n'en est pas de même du septum orbitale, membrane fibreuse que nous trouvons au-dessous de l'orbiculaire et auquel elle adhère en plusieurs points.

Ce *septum orbitale* s'insère au rebord osseux de l'orbite pour venir se terminer au-dessus du bord convexe du tarse correspondant. Il forme un véritable diaphragme entre les couches superficielles de la paupière et le contenu de l'orbite.

A la paupière inférieure, nous avons disséqué ce septum orbitale sur dix cadavres. Nous avons constaté qu'il s'insérait en haut sur toute l'étendue de la face antérieure du tarse inférieur, pour descendre se fixer au rebord osseux de l'orbite, l'insertion se

faisant plutôt sur la lèvre postérieure. Dans ses parties latérales, il se continue avec les ligaments palpébraux et sa face antérieure adhère au fascia postérieur de l'orbiculaire.

Nous avons toujours trouvé un septum orbitale très résistant, s'épaississant de haut en bas et latéralement. L'insertion inférieure sur la lèvre postérieure du rebord orbitaire étant très solide, constituant une lame fibro-aponévrotique qui descend sur le versant postérieur de l'orbite, tapissant celui-ci de fines expansions fibreuses.

Découverte et Dissection du Septum Orbitale sur le Cadavre

Nous appliquons la plaque métallique dans le cul-de-sac conjonctival inférieur. Elle permet de tendre et de développer convenablement la paupière inférieure.

Après l'avoir confiée à un aide qui la maintient fortement contre la face postérieure de la paupière, nous incisons les téguments à environ 6 mm. du bord libre de la paupière inférieure. Nous prolongeons l'incision parallèlement à ce bord et sur toute sa longueur. Nous incisons ensuite l'orbiculaire. Comme nous l'avons déjà dit, cette portion supérieure de l'orbiculaire au voisinage du bord libre

de la paupière inférieure étant extrêmement mince, nous l'avons souvent incisée en même temps que les téguments. Pour bien voir les différents plans, il faut disséquer très délicatement, de préférence même avec le dos du bistouri, en libérant l'orbiculaire de ses adhérences superficielles et profondes.

Après avoir récliné ce muscle, nous arrivons sur le *septum orbitale* accolé par de nombreuses adhérences à sa face postérieure.

Nous reconnaissons ce septum :

1° *A sa situation anatomique ;*

2° *A son aspect :* constitué de fibres fibro-conjonctives, il tranche par sa couleur plus pâle et par sa consistance fibreuse sur les autres tissus.

3° *A sa fixité :* si nous saisissons dans une pince et que nous pratiquions une traction, nous sentons qu'il est fixé solidement vers le bas. Si nous répétons cette traction, nous voyons les plans superficiels ne pas suivre ces impulsions, montrant ainsi que l'on tient une membrane nettement individualisée et adhérente à l'os.

Sur les dix cadavres, hommes et femmes, que nous avons disséqués, le septum orbitale était très développé, présentant une épaisseur moyenne de 1 à 2 mm., suivant qu'on le considérait dans sa partie supérieure ou inférieure. Aussi comprendra-t-on que nous ayons pu facilement le cliver en deux plans, l'un postérieur, bridant la graisse de l'orbite, l'autre antérieur, que nous pouvons suivre jus-

que sur le rebord orbitaire où il vient s'insérer. Sur quelques cadavres, nous n'avons pas pratiqué ce clivage, et nous avons disséqué le septum orbitale en totalité (fig. 1). Nous avons donc dû maintenir la graisse orbitaire par un écarteur ; nous avons pu suivre ainsi et mieux préciser ses insertions inférieures et latérales. Celles-ci se font sur les ligaments palpébraux ; quant aux inférieures, comme nous l'avons déjà vu au précédent chapitre, elles viennent se fixer sur le rebord de l'orbite, mais plus spécialement sur le bord postérieur.

C'est à cette membrane fibreuse, solide et fixe, que nous emprunterons la lame ou les fibres qui nous serviront à fixer le bord palpébral.

II

Notions sur l'Etiologie et la Pathogénie de l'Entropion non cicatriciel

L'entropion non cicatriciel (ou entropion spasmodique) siège presque toujours à la paupière inférieure. Ceci s'explique bien, le tarse inférieur étant plus mince, moins étendu, beaucoup moins large, bascule plus facilement que le tarse supérieur, dès que l'orbiculaire se contracte un peu énergiquement.

L'entropion présente une pathogénie très différente, suivant qu'il est dû à une rétraction organique et permanente : entropion cicatriciel (dont nous ne nous occuperons pas dans cette étude) ou à un processus passager : entropion spasmodique, le réflexe ayant comme point de départ une épine irritative siégeant sur le globe ou les paupières.

A côté de ces deux formes d'entropion bien systématisées, on peut observer toute une gamme d'entropions sans lésions inflammatoires apparentes,

surtout fréquents chez les vieillards à paupières hypotoniques et où le spasme tantôt domine le tableau clinique, tantôt ne semble jouer qu'un rôle accessoire.

Enfin, nous citerons simplement pour mémoire l'entropion congénital, qui est une véritable rareté clinique, et l'entropion des nouveau-nés par gonflement de la paupière inférieure. Cet entropion guérit d'ailleurs tout seul quand l'enfant grandit et que la couche adipeuse diminue.

Nous avons donc deux grands groupes d'entropions non cicatriciels à examiner :

1° Les entropions spasmodiques de type réflexe dus à une épine irritative nettement diagnostiquée ;

2° Tous les entropions spasmodiques à symptomatologie mal déterminée sans lésion irritative apparente et parmi lesquels l'entropion sénile est le plus fréquemment observé.

I. ENTROPIONS SPASMODIQUES DE TYPE RÉFLEXE LIÉS A UNE LÉSION IRRITATIVE

Nous ne dirons pas ici, comme Morgagni, classant les causes de la cataracte : « Primo, nostri peccati ». « D'abord nos péchés ».

Et cependant..., nous nous rappelons un cas fort intéressant observé dans le service de notre maître M. le Docteur Morax, à l'hôpital Lariboisière.

Il s'agissait d'un bébé de quelques mois présen-

tant comme complication d'une kératite interstitielle bilatérale, un entropion spasmodique également bilatéral. L'entropion était leger, mais le blépharospasme violent et tenace. Evidemment, ce pauvre petit n'avait pas « péché »... mais sa kératite interstitielle était la signature de la « Faute ancestrale » et malheureusement héréditaire.

Voilà bien un exemple d'entropion spasmodique réflexe dû à une kératite interstitielle. La kératite n'est pas la seule affection qui doit être incriminée dans l'étiologie de l'entropion, et nous pouvons classer les lésions irritatives qui peuvent, par réflexe, occasionner un spasme et par le fait même, entropionner la paupière :

1°) *Point de départ palpébral :* eczéma, fissure de l'angle externe, prurit, trichiasis.

2°) *Point de départ cornéen :* kératites superficielles, ulcéreuses, interstitielles.

3°) *Point de départ conjonctival :* conjonctivites aiguës ou chroniques, catarrhe printanier, conjonctivites chez les gazés par ypérite (*Archives d'ophtalmologie*, 1914).

Avec notre maître le professeur Terrien, nous insistons tout particulièrement sur les érosions et les fissures de la peau à l'angle externe du canthus externe. La peau des paupières, dit le Professeur Terrien (Société d'Ophtalmologie de Paris, séance de novembre 1925) est souvent irritée et si on examine avec beaucoup de soin le canthus externe, on

verra en ce point une petite ulcération. Le traitement de cette érosion cutanée, institué en temps utile, peut suffire alors à prévenir ou même à faire disparaître un entropion spasmodique au début et encore peu accentué. Voilà bien qui montre l'origine réflexe de cette variété d'entropion.

Dans ce groupe d'entropions spasmodiques réflexes, il faut faire une place à *l'entropion spasmodique post-opératoire*. Il est, en effet, assez fréquent de voir se produire de l'entropion spasmodique sous un pansement, à la suite plus particulièrement de l'extraction de la cataracte. Si le pansement joue un rôle, il est néanmoins admis que l'irritaton de l'œil est, dans la majorité des cas, cause première du spasme orbiculaire et par le fait même de l'entropion.

II. ENTROPION SPASMODIQUE SANS LÉSION IRRITATIVE APPARENTE

Mais on peut aussi rencontrer de l'entropion spasmodique sans qu'il existe aucune lésion apparente de l'œil ou des paupières. On observe toujours du spasme mais à des degrés extrêmement variables : tantôt très violent, tantôt au contraire étant intermittent et très faible, pouvant même faire entièrement défaut.

C'est le cas de *l'entropion sénile*. Chez les personnes âgées, un spasme orbiculaire très léger peut produire un entropion persistant. Ce spasme con-

tribue simplement à retourner une paupière déjà prête à l'entropion. L'état flasque, la perte d'élasticité de la peau palpébrale est certainement un des facteurs principaux de l'entropion sénile. Il faut ajouter la position profonde du globe oculaire due à la raréfaction du tissu adipeux.

Mais d'où vient ce spasme? Dans cette forme d'entropion spasmodique, nous ne voyons pas la conception possible d'un arc réflexe irrité sur une portion de son trajet, nous ne trouvons pas l'épine irritative qui caractérise le substratum d'un spasme (Aubineau). Pour éclaircir un peu cette question, nous devons faire appel aux remarquables travaux de Duchenne de Boulogne sur la physiologie de l'orbiculaire palpébral, physiologie dont la complexité est extrême et dont la parfaite connaissance nous semble indispensable pour jeter un peu de clarté sur la pathogénie des blépharospasmes partiels (entropions). Par des excitations électriques exactement localisées, Duchenne de Boulogne a individualisé les différents faisceaux de l'orbiculaire, a montré que les actions de ces faisceaux n'étaient pas additionnels mais antagonistes et que, de cet antagonisme, résultait l'équilibre palpébral. « On sait l'importance de la tonicité du muscle orbiculaire palpébral qui est la dernière à disparaître post-mortem ; que pendant la vie, ou à la naissance, cette tonicité soit diminuée ou augmentée dans l'un des faisceaux musculaires d'action contraire, il en résulte un déséquili-

bre palpébral qui prend les allures cliniques d'un spasme » (Aubineau).

Quant à la chronaxie des spasmes des paupières, elle est encore trop peu étudiée pour qu'on en puisse tirer des explications suffisamment documentées.

Nous voyons donc, par ce court exposé, la part considérable que joue le spasme dans la production de l'entropion. Mais quel en est le mécanisme? C'est une question encore ignorée.

N'oublions pas, en terminant, de noter toute l'importance du terrain nerveux qui semble jouer également un rôle important dans la pathogénie de l'entropion spasmodique.

III

Thérapeutique de l'Entropion spasmodique et Discussion des Procédés opératoires

On devra toujours commencer par tenter le *traitement médical* qui dans certains cas peut donner des résultats suffisants.

C'est ainsi que l'on traitera tous les entropions spasmodiques liés à une lésion irritative de la cornée ou de la conjonctive par la thérapeutique appliquée habituellement contre ces affections : (lavages, collyres, pommades, pulvérisations, chauffages) et amenant par cela même la suppression de la cause.

Si l'entropion spasmodique ne semble pas lié à une lésion irritative, on pourra essayer une instillation de collyre à la cocaïne.

Enfin, s'il est jugé nécessaire d'avoir recours à un palliatif immédiat et non sanglant, on peut faire une application de collodion. Cette méthode prati-

quée dans certains cas (opérés des cataractes) a le gros inconvénient de n'être applicable que pour les entropions « légers et momentanés » et de nécessiter une application presque journalière (1).

Utiles dans certains cas, ces traitements médicaux ne doivent pas nous détourner d'une intervention chirurgicale rendue nécessaire par la permanence même de la déviation palpébrale.

Procédés opératoires

Pour être clairs, nous classerons ces procédés d'une façon peut-être un peu arbitraire, mais simple : procédés cutanés, procédés musculaires, procédés mixtes, blépharoraphie.

1°) *Procédés cutanés :*

Le but de ces procédés est la résection ou le plissement des téguments palpébraux. Les plus employés sont la résection d'un lambeau horizontal (Terson) ou vertical (Janson) d'un dosage difficile. En effet, en cas de surcorrection, on est absolument désarmé. De plus, le redressement palpébral n'est en général que de courte durée.

Parmi les procédés de plissements palpébraux, nous citerons les *sutures de Gaillard* qui ne donnent une bonne cicatrice adhérente et par conséquent un bon résultat qu'au prix d'une suppuration ou d'une

(1) Nous ne citerons que pour mémoire des procédés d'application exceptionnels : agrafe, serre-plate, serre-fine, adhésifs, etc.

irritation longue ; elles entraînent le plus souvent un résultat esthétique peu satisfaisant.

2°) *Procédés musculaires :*

Les procédés musculaires peuvent porter : soit sur le corps musculaire (excision d'une languette musculaire horizontale) soit sur le tendon (canthotomie ou canthoplastie, Key). Ces interventions se montrent inconstantes dans leurs résultats.

Nous avons vu fréquemment appliquer à l'hôpital Lariboisière, par notre maître le docteur Morax, l'excision d'une partie du muscle orbiculaire jointe à une canthotomie et à une blépharoraphie externe très limitée. Ce procédé, rationnel, donne de bons résultats.

3°) *Procédés mixtes.*

Ce sont :

a) *Les sutures de Snellen* qui tendent à produire un plissement total et judicieux de la paupière, mais qui sont passibles des mêmes critiques que la suture de Gaillard.

b) *La cautérisation ignée*, intéressant les téguments et les plans profonds, est un procédé de réalisation très simple donnant souvent un bon redressement palpébral, mais dont le résultat est toujours très lent par le fait de l'élimination d'une escharre, suivie de cicatrice. De plus, il a l'inconvénient des procédés cutanés : on est exposé à une surcorrection.

En dehors de ces procédés, la *blépharoraphie partielle* très limitée peut donner, il est vrai, des résultats durables dans certains cas (Cantonnet). On peut cependant lui reprocher de gêner le malade pendant un laps de temps souvent long et de manquer d'esthétique.

On voit que tous ces procédés ont un même point faible : l'absence d'un point fixe profond pour servir d'amarre au bord palpébral.

Nous ne saurions mieux faire que de reproduire ici l'opinion émise par le Professeur Panas : « *L'élément indispensable de succès consiste dans la recherche d'un point d'appui fixe pour les fils. Pour cela, la peau et l'orbiculaire ne sauraient convenir, à cause de leur ampleur et de leur grande mobilité ; pourtant, c'est à eux que depuis l'antiquité jusqu'à nos jours, on s'est vainement adressé* ».

C'est à ce vœu de Panas que répond le procédé opératoire que nous proposons.

IV

Technique opératoire

(Procédé des Docteurs Poulard et Michaud)

On pratique d'abord : *l'anesthésie locale.*

a) Instillation entre les paupières de quelques gouttes d'une solution de chlorhydrate de cocaïne à 4%.

b) Injection traçante dans l'épaisseur de la paupière inférieure de 2 centimètres cubes d'une solution de novocaïne à 1 % additionnée de quelques gouttes d'adrénaline.

Attendre deux ou trois minutes avant de commencer l'intervention pour que l'anesthésique ait le temps d'agir et d'insensibiliser parfaitement la paupière.

Application de la plaque métallique dans le cul-de-sac conjonctival inférieur.

1^er^ *temps.* — *Incision des téguments* (Fig. 2). — Cette incision se fait à 5 ou 6 mm. du bord palpé-

bral, et parallèlement à ce bord. On incise successivement : la peau, le tissu cellulaire sous-cutané, les fibres de l'orbiculaire, et on se trouve, à ce moment, dans une nouvelle et mince couche de tissu cellulaire recouvrant immédiatement le tissu fibreux du septum orbitaire, auquel nous allons emprunter les fibres conjonctives qui maintiendront la paupière redressée.

2e *temps. — Dissection d'une lame fibreuse ou de trois languettes fibreuses* (Fig. 3). — Dans cette couche, formée par le septum, on dissèque une lame fibreuse dans le bord libre de laquelle on passe trois anses de fil (figure 4). Au lieu d'une lame, on peut aussi bien isoler trois languettes, à condition qu'elles présentent une résistance suffisante.

A ce moment, il convient de faire attention, pour ne pas inciser inutilement la lame fibreuse, d'ailleurs mince, qui ferme l'orbite.

3e *temps. — Passage des fils* (Fig. 3). — Les deux chefs de chaque anse de fil sont conduits de bas en haut, sous les téguments de la paupière, de façon à ce qu'ils sortent l'un près de l'autre, à la surface cutanée, un peu au-dessous, mais tout près du bord palpébral (environ 2 mm.).

4e *temps. — Les chefs de chaque anse sont noués ensemble sur un rouleau de papier sulfurisé, ou sur une petite baguette de gomme* (Fig. 4). — A ce moment, le bord palpébral se redresse et se porte

vers la lame ou les languettes fibreuses qui vont le fixer et le maintenir.

On peut, sans inconvénient, obtenir un certain degré d'éversion de la paupière. On le peut d'autant plus facilement que la peau restant intacte, il n'y a pas lieu de craindre une éversion définitive.

Si, par un excès d'action, on obtenait une éversion permanente, rien ne serait plus facile que de libérer les fibres éversantes par quelques coups de lame ou de ciseaux.

Telle est la description schématique de cette opération, qui est assez facile, plus simple, en pratique, que ne le font supposer les détails anatomiques de la description.

Dans la pratique, les choses se passent d'une manière assez différente de ce que nous venons de décrire théoriquement.

Habituellement, après l'incision, on ne distingue pas ou bien peu les diverses couches palpébrales en avant du septum. Le mieux et le plus simple est de procéder à la manière suivante :

Dès qu'on a fait l'incision de la peau et des couches immédiatement sous-jacentes, on saisit, avec la pince, les tissus profonds, et on exerce sur eux, de bas en haut, des tractions, de façon à mesurer leur résistance. Si les fibres prises dans la pince sont formées par du tissu conjonctif superficiel, elles ne résistent pas, elles viennent avec la pince qui les tire, mobilisant derrière elles les téguments de la

partie inférieure de la paupière et de la partie supérieure de la joue. Au contraire, si les fibres tenues par la pince sont formées par du tissu conjonctif profond, appartenant à ce que nous appelons le septum, elles résistent ; elles se tendent fermement sous la traction et arrêtent complètement le mouvement de traction en haut. Ces fibres font partie du septum et vont prendre un point fixe sur le rebord de l'orbite. On le voit, d'ailleurs, à la direction qu'elles prennent sous la traction.

Ces fibres sont bonnes et solides ; il faut s'en servir. Inutile, pour le moment, de vouloir disséquer une membrane bien nette, passez, de suite, un fil, dans les bonnes fibres que vous tenez ; vous ne les perdrez pas ; le fil les gardera.

Dans le voisinage, cherchez, à nouveau, avec les mors de la pince, un autre paquet de fibres résistantes et, quand vous le tenez, prenez-le dans un second fil.

Une troisième fois, prenez, un peu plus loin, une troisième pincée de fibres et confiez-les à un troisième fil.

Tendez ensuite les trois fils en même temps. Vous faites presque apparaître une membrane résistante, constituée, en plus ou moins grande partie, par le septum orbitaire.

Inutile de chercher à la disséquer, pour en faire une membrane, bien nette et bien lisse. Cela ne sert à rien. La lame d'appui pour votre paupière ne sera

pas meilleure ni plus solide, si elle vous apparaît plus belle après une dissection soignée.

Contentez-vous de séparer la partie supérieure de la lame, celle qui avoisine les prises des fils. Il suffit, en somme, que la partie supérieure seule de la lame soit libérée. Il n'est même pas nécessaire qu'il y ait une lame nette avec un bord rectiligne. Trois languettes suffisent.

Continuez l'intervention comme il est indiqué aux temps à 3 et 4.

SUITES OPÉRATOIRES

Pansement occlusif, laissé en place 2 ou 3 jours. Vers le 6e ou 7e jour, ablation des fils.

V

Observations

Nous citons à l'appui de notre procédé trois observations de malades opérés d'entropion non cicatriciel de la paupière inférieure. L'une étant double, puisque le malade présentait un entropion bilatéral.

OBSERVATION I

Mme B..., 60 ans (1).

Vient consulter à l'Hôpital des Enfants-Malades, au début de *décembre 1924*, pour un *entropion spasmodique de l'œil droit.*

Cette affection, d'ailleurs intermittente, l'avait amenée à se faire examiner dans diverses consultations. Malgré les traitements prescrits (collyres), elle n'avait noté aucune amélioration de son état.

Examen de la malade :

Entropion spasmodique très accentué de la paupière inférieure droite avec trichiasis et disparition presque

(1) Malade présentée à la séance de la Société d'Ophtalmologie de Paris, le 17 Février 1926.

complète de la marge ciliaire dans le cul-de-sac conjonctival.

Une légère traction sur la paupière permet cependant de la remettre en position normale.

La malade accuse une sensation de corps étranger dans l'œil, due aux frottements des cils contre le globe oculaire.

On note l'existence d'une kératite superficielle dans la région du limbe, s'accompagnant d'une réaction conjonctivale de voisinage.

Après échec de tout traitement médical, la malade réclame une *intervention qui est pratiquée :*

Le 27 décembre 1924. — Procédé tel que nous l'avons décrit. Passage de 3 fils correcteurs dans le septum.

Le 2 janvier 1925. — Ablation des fils. Disparition complète de l'entropion.

Le 5 janvier 1925. — Guérison de la kératite et diminution considérable de la réaction conjonctivale.

Le 15 janvier. — Guérison complète.

Le 5 février 1926. — Nous revoyons la malade ; le redressement de la paupière se maintient absolument parfaite et l'on peut remarquer l'absence totale de cicatrice.

OBSERVATION II

M. S..., 70 ans.

Se présente, dans le service d'ophtalmologie de l'Hôpital des Enfants-Malades et Necker, les premiers jours de *février 1925*, avec un *entropion spasmodique bilatéral extrêmement marqué.*

EXAMEN DU MALADE :

La gêne fonctionnelle est considérable, le malade en

même temps hémianopsique, peut à peine ouvrir les yeux, les paupières étant en contracture.

L'enroulement du bord libre est tel que l'on trouve les cils absolument enfouis dans le cul-de-sac conjonctival.

Le redressement de la paupière par traction, rendu difficile par le spasme, est impossible à maintenir et l'entropion se reproduit immédiatement.

On note, à gauche, une ulcération superficielle de la partie inférieure de la cornée, mais il nous est impossible de découvrir la moindre lésion oculo-palpébrale du côté droit.

L'intensité de tous ces phénomènes nous incite à ne pas nous arrêter à un traitement médical et à recourir à une *intervention immédiate*. Celle-ci a lieu :

Le 18 février pour l'œil gauche.

Le 4 mars pour l'œil droit.

Intervention. — Dans les deux cas la technique fut la même. L'enroulement très prononcé du bord palpébral nous incite à pratiquer une prise basse avec résection de la partie supérieure du septum orbitale. On passe 3 fils correcteurs.

Pour l'œil gauche, ablation des fils le 25 *février*.

Pour l'œil droit, ablation des fils *le 10 mars*.

A ces deux dates, nous avons constaté un bon redressement palpébral, la disparition de l'ulcération superficielle du côté gauche et la cessation de la contracture palpébrale.

Nous revoyons le malade :

Le 15 juillet 1925. — Bons résultats.

Le 1er février 1926. — Correction maintenue. Cicatrice imperceptible.

OBSERVATION III

Mme G..., 75 ans.

Vient consulter aux Enfants-Malades, *le 22 avril 1925.*

Elle présente un *entropion sénile de l'œil droit* devenu gênant depuis 6 mois.

Examen de la malade :

Entropion très marqué avec enroulement du bord ciliaire dans le cul-de-sac conjonctival.

La malade a l'impression d'avoir un corps étranger sous la paupière.

Le spasme ne semble jouer qu'un rôle très effacé.

Les paupières sont flasques et atoniques.

On redresse facilement le bord palpébral, mais l'entropion se reproduit immédiatement.

On note peu de phénomènes irritatifs : une simple et très légère conjonctivite, surtout palpébrale.

La malade ayant fait une congestion pulmonaire on ne peut l'opérer que 3 mois plus tard :

Intervention le 5 aout 1925. — Passage de 3 fils correcteurs dans le septum. Un peu de surcorrection.

Le 12 août 1925. — Ablation des fils. Légère surcorrection.

Le 5 février 1926. — Nous revoyons la malade. Correction parfaite. Cicatrice imperceptible.

VI

Conclusions

AVANTAGES ET EXTENSION DU PROCÉDÉ

Comme nous venons de le voir par les résultats de ces trois observations, dont l'une datera bientôt de 14 mois, on peut attendre de ce procédé une bonne mise en place du bord palpébral entropionné.

Dans ce procédé opératoire, on s'adresse, pour remettre et maintenir la paupière en place, non plus à la peau ou aux plans sous-cutanés, mais aux fibres du septum orbitale, qui ont l'avantage de prendre un point d'appui fixe solide sur le rebord de l'orbite. La peau de la paupière avoisinant le bord ciliaire est fixée à l'extrémité libre des faisceaux fibreux empruntés au septum orbitale.

1° Ce procédé, outre sa *simplicité*, a le grand avantage de répondre à la lacune commune aux autres méthodes, à savoir : Le manque de point d'appui

solide et fixe (Panas). Le septum orbitale nous semble devoir constituer un redresseur de premier ordre, permettant une *consolidation durable* du bord palpébral.

2° De plus, ne touchant pas aux téguments, *nous ne nous exposons pas aux surcorrections définitives*. Pendant l'intervention, suivant le degré de l'entropion opéré, nous pouvons passer les fils plus ou moins bas sur le septum, nous obtenons ainsi un dosage précis du redressement à effectuer.

3° Enfin, les *suites opératoires sont de courte durée*, peu pénible pour le malade et ne laissant *pas de cicatrices*.

4° Signalons que ce procédé que nous avons pratiqué sur des entropions totaux de la paupière inférieure peut également être appliqué dans les entropions partiels et dans les cas, d'ailleurs exceptionnels, d'entropion non cicatriciel de la paupière supérieure.

5° De plus, *nous avons commencé son expérimentation dans l'ectropion*. Dans ce cas, au lieu de faire ressortir les fils par les téguments, nous les nouons près du bord ciliaire, en dedans, sur le versant conjonctival. Le temps et l'expérience nous permettront de dire si, dans ces cas, le procédé peut être appliqué avec le même succès.

Il n'est donc pas inutile de présenter ce procédé nouveau, susceptible de remplacer les anciens, ou de réussir là où ils se sont montrés insuffisants.

Vu, le Doyen, *Vu, le Président,*

ROGER. TERRIEN.

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris,

LAPIE.

Bibliographie

Annales d'oculistique (Années 1918 à 1926).

Aubineau. — Société d'ophtalmologie, novembre 1925.

Axenfeld. — De l'entropion. — Traité d'ophtalmologie, édit. française, 1914.

Cantonnet. — Traitement de l'entropion spasmodique (*Causeries d'ophtalmologie*, 1925 et *Archives d'ophtalmologie*, 1914).

Cantonnet et Cl. Vincent. — *Bulletin de la Société d'ophtalmologie de Paris* (novembre 1925).

Darier. — L'entropion spasmodique (traité de thérapeutique oculaire).

Encyclopédie française d'ophtalmologie (tome V).

Fuchs. — Lehrbuch der Angenheilkunde (édit. allemande 1922). — Manuel d'Ophtalmologie (édit. française 1908).

May. — Manuel des maladies de l'œil (édit. française 1923).

V. Morax. — Précis d'ophtalmologie (édit. 1921).

G.-B. Morgagni. — Nella storia dell' oculistica ; Giuseppe Ovio (Casa Editrice Dottor Francesco Vallardi, Milano, 1923).

Poulard. — Traité d'ophtalmologie (édit. 1923).

Panas. — Traité des maladies des yeux (Masson, édit., 1894).

Poirier. — Anatomie des organes des sens, 1912.

Terrien. — Chirurgie de l'œil (édit. 1921).

Terson. — Chirurgie oculaire et ophtalmologie du médecin praticien (édit. 1916).

Testut et Jacob. — Traité d'anatomie descriptive, Tome I, Article II. — Appareil de la vision (édit. 1914).

Limoges, Imprimerie Commerciale Perrette